

KASUISTISKA MEDDELANDEN FRÅN KIRURGISKA KLINIKEN I UPSALA.

I. FALL AF MEDFÖDD (?) DILATATION OCH HYPERTROFI AF FLEXURA SIGMOIDEA HOS ETT BARN (MALADIE DE HIRSCHSPRUNG?).

II. ETT FALL AF OESOPHAGUS-(PHARYNX-)POLYP.

AF

PROFESSOR K. G. LENNANDER.

AFTRYCK UR

NORDISKT MEDICINSKT ARKIV

ÅRG. 1900, N:R 3, I O. 3, II.

Kasuistiska meddelanden från kirurgiska kliniken i Upsala.

I. Fall af medfödd (?) dilatation och hypertrofi af flexura sigmoidea hos ett barn (maladie de Hirschsprung?).

Af

Professor K. G. LENNANDER.

Med 2 autotypier.

I Gesellschaft f. Kinderheilkunde i Berlin lemnade prof. HIRSCHSPRUNG (Köpenhamn) 1886 ett meddelande om »Stuhlträgheit Neugeborener in Folge von Dilatation und Hypertrophie des Colon».[1]) Tre år senare finnes i »Festschrift zu E. HENOCHS 70. Geburtstag» en uppsats af HIRSCHSPRUNG med titeln »die angeborene Erweiterung und Hypertrophie des Dickdarms». Vidare finnas kasuistiska meddelanden af MYA, prof. i Firenze, som kallat sjukdomen »megacolon congenitum»,[2]) af GENERSICH[3]) och af BERTI.[4]) HIRSCHSPRUNG har meddelat tre fall, där diagnosen bekräftats genom sektion, och ett, ännu lefvande, som antagligen hör till denna sjukdom, hvilken under lifvet karakteriseras af förstoppning eller ohejdadt diarré och efter döden af en högst betydlig utvidgning och hypertrofi af colon (med undantag af rectum) utan eller med ulcerationer i tarmslemhinnan. Då jag vet, att vi inom den allra närmaste tiden hafva att vänta ett nytt arbete af prof. HIRSCHSPRUNG om denna mycket intressanta sjukdom, inskränker jag mig till

---

[1]) Jahrb. f. Kinderheilkunde, N. F., XXVII.
[2]) Ref. i Revue des maladies de l'enfance, 1894, s. 629.
[3]) Jahrb. f. Kinderheilkunde, bd 37, s. 91.
[4]) Jahrb. f. Kinderheilkunde, bd 44, s. 453.

dessa korta antydningar. — Det fall, jag har att här meddela, hör efter all sannolikhet hit, churu *utvidgningen och förtjockningen af groftarmen hos min patient är så godt som uteslutande inskränkt till flexura sigmoidea.*

Albin L., 4 år, intogs å kirurgiska kliniken i Upsala 1/5 1895, utskrefs 30/11 s. å.

Pat. var vid sin födelse särdeles liten och mager. Hans buk var emellertid mycket uppsväld och hade också en ovanligt stor bredd åt båda sidor, så att barnet skall mest hafva »liknat en stor groda». Hela buken var blå med spända, nästan svarta blodådror. Under de två första lefnadsåren tycktes gossen icke ega någon förmåga att återhålla sina afföringar. Han var ständigt våt af tunna, ljusgula tarmuttömningar. Sedermera inträdde en tid af förstoppning, då knappast lavemang och ricinolja kunde åstadkomma afföring. Därefter åter tidtals diarréer. År 1894 hände det några gånger, att han efter stora doser ricinolja hade under en hel vecka ständiga, flytande, illaluktande afföringar. Vid sådana tillfällen sjönk buken ihop. Starka skvalpningsljud hafva ofta hörts; likaledes har det bullrat mycket i buken. Afgången af flatus har ständigt varit riklig och som det tyckes obehindrad. Däremot har man icke hört några rapningar.

Barnet insändes till kirurg. kliniken under diagnos tuberculosis peritonei.

Status præsens maj 1895.

Pat:s kropp är påfallande späd och mindre utvecklad än hos jämnåriga. Paniculus adiposus finnes knappast. Hyn är blek. Utseendet är lifligt, förståndet för gossens ålder särdeles godt. Aptiten är mycket god, temperaturen afebril. Han vistas uppe hela dagen och springer, om än något bredbent, lätt omkring öfveralt på afdelningen.

Pulsfrekv. 104, respirationsfrekv. 29. Urinen ger negatift utslag vid indikanprofvet och är äfven för öfrigt utan anmärkning.

Buken är betydligt, jämnt uppdrifven, spänd men dock elastisk, ibland rundad, ibland fårad, då de nedan närmare omtalade peristaltiska rörelserna synas. Ett grofmaskigt nätverk af smärre hudvener framträder tydligt. Ingen värk eller ömhet, inga kräkningar. Afståndet emellan proc. ensiform. och symfysen är 26 cm. (pat:s längd 92 cm.). Thorax' nedre del vidgar sig hastigt, så att bukens omfång är störst redan 8 cm. ofvanför nafveln. Tarmarnas rörelser synas ofta tydligt, särskildt framtill mellan de båda mamillarlinierna. Man kan där få se utspända tarmar af 7—15 cm:s bredd vågformigt röra sig emellan proc. ensiform. och symfysen i upp- och nedstigande riktning. Det har ej varit möjligt att bestämma hvilka tarmslyngor man sett. Vid palpation kännes en om vågsvall påminnande rörelse. Perkussionstonen är öfver hela buken starkt tympanitisk. Ingen lefverdämpning på framsidan.

Afföringen. Lavemanger hade till en början ingen verkan. På 6:te dagen fick pat. spontant en riklig, vällingliknande, lerfärgad, illaluktande afföring, som sedan med flere dagars mellantid efterföljdes af obetydliga öppningar af samma beskaffenhet, likaledes spontant. Den sista veckan hafva dagligen gjorts vatteningjutningar genom rectum, första dagen 400, sedan 1400 cm^3 hvar gång. Dessa hafva icke framkallat behof af afföring; men då man efter en stund satt gossen på ett nattkärl, har vattnet så småningom afgått, medförande en myckenhet fæces af ganska fast konsistens, pekfingertjocka, till formen ringlande; färgen som förut. Efter vatteningjutningarna har ingen bestämd dämpning af vattenfylda tarmar kunnat framperkuteras. Från rectum kännes intet abnormt.

Efter en tids observation ansåg jag mig kunna utesluta tuberculosis peritonei, den diagnos, under hvilken barnet insändts till kliniken. Det föreföll mig troligt, att här förelåg ett medfödt bildningsfel, som sannolikt utgjordes af en betydande utvidgning af en del af groftarmen och distalt därom en relativ förträngning. Med tanke på möjligheten att hjälpa barnet genom någon tarmanastomos gjorde jag $^{19}/_{5}$ 1895

Laparotomi.

Buksnitt i högra musc. rectus. Genast påträffades en kolossalt utspänd *flexura sigmoidea*, som var till färgen grå och till utseendet *närmast liknande en ventrikel*, i det serosan var alldeles slät, utan haustra, och tarmväggen för känseln särdeles tjock och fast. Kring flexuren fans en del tunna, hvita membraner — produkter af en kronisk peritonit. I mesosigmoideum fans en öppning på det ställe, där det var tunnast; tunntarmar hade passerat genom öppningen, dock utan att vara på något sätt inklämda. Detta hål hopsyddes med en fortlöpande katgutsöm. En assistent förde in ett finger genom rectum och upp i nedre delen af flexura sigmoidea, under det jag samtidigt palperade den serösa ytan af motsvarande tarmdelar. Ingenstädes kändes något hinder eller någon valvelbildning. Lymfkörtlarna i mesosigmoideum voro måttligt ansvälda, men för öfrigt iakttogos inga svullna körtlar i buken. Äfven hela den öfriga groftarmen syntes hafva en abnormt ökad vidd, dock obetydlig i jämförelse med flexura sigmoideas. Tunntarmarna föreföllo att vara alldeles normala. För öfrigt fans intet att anmärka. Buksåret hopsyddes nu med 3 rader försänkta katgutsuturer: i peritoneum, muskulaturen och främre rectusskidan, samt med silkwormgutsuturer i huden.

Under operationen blef det klart, att det var omöjligt att förklara denna egendomliga utvidgning och förtjockning af tarmväggen i flexura sigmoidea genom något mekaniskt hinder, utan ansågs det mest troligt, att dess närmaste orsak vore att söka i en bristande innervation och en däraf beroende utspänning af denna tarmdel.

Under operationen syntes mig icke något annat ingrepp än exstirpation af hela flexuren kunna medföra verkligt gagn, och denna förekom mig knappast vara tekniskt utförbar, emedan utvidgningen och förtjockningen af tarmväggen äfven omfattade hela roten till flexuren.

Jag beslöt därför att låta det stanna vid en explorativ laparotomi och därefter inleda en behandling, som afsåg att dagligen tömma flexuren och få dess muskulatur att sammandraga sig. Från operationsdagen $^{19}/_{5}$ behandlades pat. därför med tarmsköljning 2 gånger dagl., hvarvid man skulle noga se till, att alt det ingjutna vattnet uttappades. Trots dessa dagliga sköljningar fick han ej afföring förr än efter 12 dygn eller $^{35}/_{5}$. $^{1}/_{6}$ och $^{2}/_{6}$ stora afföringar. Buksåret hade läkts p. pr.

Under juni, juli och augusti månader fick han ingen annan behandling än ingjutning genom rectum af 1 liter vatten 2 gånger dagligen. Då han haft vattnet inne i tarmen $\frac{1}{4}$ timme eller mindre, sattes han på ett nattkärl, och hvarje gång afgingo fæces. (Jämför behandlingen sista veckan före operationen.)

$^{1}/_{9}$ 95. Börjas med elektrisk behandling — faradisk ström — af flexura sigmoidea en gång dagligen. En liter fysiologisk koksaltlösning ingjutes genom rectum. Därefter införes den ena elektroden genom anus till en längd af omkr. 25 cm. Med den andra strykes på framsidan af buken. Strömmen tages så stark, som pat. kan tåla. Man ser då tarmen kontrahera sig och hör ett afbrutet skvalpande ljud, som framkallas af tarminnehållets rörelse. Seancen räcker i 10 min. Därefter sättes barnet på ett nattkärl, och vatten och fæces afgå.

$^{10}/_{10}$ 95. Bukens omkrets i nafvelplanet har vid olika mätningar växlat emellan 53 och 57 cm., tydligen mest beroende på en olika utspänning af flexura sigmoidea. Spontan afföring har icke förekommit; gossen har dagligen haft en tarmuttömning, när han lemnat från sig koksaltlösningen, som ingjutits för den elektriska behandlingen. I dag börjas äfven med massage af buken, förnämligast öfver flexura sigmoidea.

$^{30}/_{10}$ 95 måste pat. lemna sjukhuset för att öfverflyttas till ett enskildt barnhem. Här kunde han icke få massage, däremot fortsattes med den elektriska behandlingen för hvarje dag, såsom den utförts på sjukhuset.

$^{19}/_{11}$ 95 antecknade jag bukens omkrets till 58 cm. i nafvelplanet.

Efter ungefär 1 år hade man upphört med att gifva honom elektricitet, men då efter några veckor hans allmäntillstånd tydligen blef sämre och det blef klart, att vanliga vattenlavemang icke als hade samma säkra verkan, så blef jag underrättad om förhållandet och föreskref då elektriska lavemang 2 gånger dagligen under de närmaste månaderna och sedan 1 gång dagligen. Med denna behandling har fortsatts till i aug. 1898, då gossen måste öfverflyttas till en privat fostermor. Denna ville emellertid icke åtaga sig besväret med de elektriska lavemangen.

Status vid efterundersökning $^{3}/_{9}$ 1898.

Gossen har under de gångna tre åren vuxit mycket. Hans längd är 122 cm. Afståndet från proc. ensiformis till symphysis pubis 27 cm. Omfånget kring lifvet är i nafvelplanet 56 cm. och 8 cm. ofvanför detta plan 63 cm. De 5—6 nedre paren refben äro mer än vanligt

utböjda, dock är denna utvidgning af nedre delen af bröstkorgen nu jämförelsevis mycket mindre uttalad än förr. Paniculus adip. är fortfarande litet utvecklad. Hyn är blek. Gossen har ett lifligt utseende, och han lär aldrig vara sjuk. Han har börjat i folkskolan. Sedan en vecka har han spontan afföring en eller två gånger dagligen; öppningarna hafva varit något växlande till sin konsistens. För att dels få se fæces och dels få tillfälle att närmare iakttaga flexura sigmoidea lät jag inhälla något mer än 1 liter vatten genom anus. Förut hade flexurens läge bestämts genom palpation — den kontraherar sig lätt för massage — och genom perkussion. Man hade funnit, att den ena skänkeln förlöpte från lilla bäckenet upp till nära vänstra refbensbågen strax till vänster om medellinien, och att den andra hade ett liknande förlopp, dock så att den låg relatift mer öfver åt höger. Den tvärgående delen af flexuren hade en bredd af knapt 6 cm., och dess nedre rand låg 2 cm. ofvanför nafveln. Sedan vattnet införts, fann man, att den högra skänkeln flyttats något närmare medellinien, och att bredden af den tvärgående ökats med 1 cm. De sedermera uttömda exkrementerna hade i alla hänseenden ett naturligt utseende.

$^{13}/_{9}$. Befinnandet godt. Undersökningsresultaten de samma som $^{3}/_{9}$. *Blodundersökning:* hemoglobinhalt (FLEISCH) 60; röda blodkropparnas antal pr m^3 4,300,000 (100 rutor räknade).

Vid operationen uppfattade jag, såsom redan är sagdt, det primära i lidandet som en innervationsrubbning hos flexura sigmoidea och grundade härpå den terapi, som genomfördes i tre år, och under hvars inflytande gossen utvecklat sig nästan som ett friskt barn. Efter samtal med prof. HIRSCHSPRUNG, och sedan jag fått tillfälle att studera hans sjukhistorier och se hans preparat af *megacolon congenitum*, har jag tänkt mig, att i mitt fall sannolikt föreligger samma förändring, ehuru nästan uteslutande inskränkt till flexura sigmoidea.

Såsom säkert kan antagas om min patient:

1) att lidandet är medfödt;

2) att de elektriska lavemangen haft en mycket gynsam inverkan.

Såsom ett etiologiskt moment för en förändring sådan som den här beskrifna — kolossal utvidgning af lumen, förtjockning af väggen och utplånande af alla haustra i flexura sigmoidea samt en måttlig utvidgning af den öfverliggande colon — kan man tänka sig en öfvergående volvulus af flexuren under fosterlifvet.

Tillägg.

Den $^{28}/_{3}$ 99 uppsökte jag åter gossen. Han var ännu blekare och ännu magrare än förr. Fostermodern förklarade, att han under

14 dagar varit sängliggande på grund af en bröstsjukdom, och att han först sedan 8 dagar åter var ur sängen men ännu icke börjat gå i skolan. Sedan förra undersökningen 3/9 98 *hade han icke någon gång erhållit afföringsmedel* och *endast en gång ett vattenlavemang.* Detta hade gifvits, emedan fostermodern under ett par dagar icke märkt, att han besökt klosetten. Det hade icke medfört någon särskild stor verkan. *För öfrigt hade gossen dagligen haft en, någon gång två, än lösare än fastare afföringar.* Han tålde all slags mat och hade aldrig några plågor i buken. Urinen var tämligen koncentrerad men innehöll icke ägghvita. Omfånget kring lifvet var i nafvelplanet 60 cm. och 8 cm. ofvanför nafveln 66,5 cm. Omfånget i nafvelplanet hade hösten 1895 antecknats till 53, 57 och 58 cm., antagligen i sammanhang med en växlande utspänning af flexura sigmoidea, och 3 år senare 3/9 98 till 56 cm. och 13/9 98 till 57 cm. Det hade således under sista halfåret 3/9 98—28/3 99 ökats med 3—4 cm., under det att det varit tämligen oförändradt under de 3 föregående åren. Det är att befara, att denna hastiga ökning af bukomfånget har sin orsak däri, att flexura sigmoidea icke numera sammandrager sig och uttömmer sitt innehåll lika fullständigt, som under de tre år, då pat. dagligen behandlades med elektriska lavemang.

Vid förnyad undersökning 5 sept. 99 var kroppsomfånget i nafvelplanet 61,5 cm. Gossen såg friskare ut än förut. Hans fostermoder uppgaf, att han hade hela sommaren haft god aptit och regelbunden afföring.



Bild 1. Albin L. Maj 1895, före operationen.



Bild 2. Albin L. September 1898.

II. Ett fall af oesophagus-(pharynx-)polyp.

Af

Professor K. G. LENNANDER.

Med 2 autotypier.

De godartade tumörerna i oesophagus äro sällsynta. Man har antecknat cystor af olika slag, papillomer, fibromer, adenomer, lipomer, myomer.

På grund af en dag ut och dag in upprepad påverkan af födan, som nedsväljes, och af själfva sväljningsrörelserna bruka dessa tumörer i allmänhet blifva skaftade och få oftast en mycket långsträckt form. De kunna utgå vanligen från öfre delen af oesophagus eller t. o. m. från pharynx, men bruka äfven i detta fall kallas oesophaguspolyper, emedan de hafva sitt vanliga hemvist i matstrupen. Hos min patient utgick svulsten med en knapt lillfingertjock stjelk just på gränsen mellan svalget och matstrupen rätt åt vänster.

Det viktigaste symptomet af en sådan polyp säges vara en dysfagi, som långsamt men säkert tilltager, alt efter som polypen växer. Mitt fall visar emellertid, att trots en högst betydande storlek hos polypen, kan dysfagien vara ganska litet uttalad. Min patient berättade, att hon sedan ungefär 2 år känt *en utfyllnad i halsgropen och märkt, hurusom vid hosta och kräkningar en knöl glidit upp ett stycke i halsen för att vid sväljning åter glida ned.* Jag kan icke erinra mig, att jag sett detta symptom omnämnt, men förekommer det, är det utan tvifvel karakteristiskt.

Diagnosen torde vara mycket svår, om ej tumören, såsom i detta fall, så att säga »springer i öga och hand». Under-

sökning med laryngoskop och *med fingret ner till i jämnhöjd med eart. cricoideas nedre rand* samt längre ned med oesophagussond, hvarigenom man möjligen kan få tumören att glida upp i pharynx, och med oesophagoskop torde vara de bästa hjälpmedlen.

Behandlingen bör om möjligt blifva exstirpation genom munnen. Sedan man lagt en säker ligatur kring pedunkeln, klipper man af denna distalt om ligaturen. Jag använde en varm platinaslinga, blott emedan jag ville pröfva ett nytt instrument.

Margareta Sundell, 51 år, tvätterska, från Upsala. Intogs $^1/_{12}$, *utskrefs* $^4/_{12}$ *1897. N:r 579, B.*

I omkring två år har pat. känt en knöl i halsgropen, som vid hosta och kräkningar glidit upp ett stycke i halsen, dock aldrig upp i munnen, för att vid sväljning åter glida ned igen. Om den tillväxt något, kan hon ej uppgifva; den har känts ungefärligen lika stor hela tiden, dock har hon tyckt, att, då hon en längre stund stått framåtlutad öfver sitt arbete, tumören svält något, och att det då känts mer än vanligt trångt i halsen. Någon svårighet att svälja har hon egentligen ej lidit af, och såväl flytande som fast föda har hon utan hinder kunnat förtära. På den allra sista tiden har det dock gått trögt vid sväljande af fast föda; smärta därvid har aldrig förekommit. Den nämnda tumören har ej gifvit anledning till hosta, andningsbesvär eller kräkningsrörelser. Pat:s röst har varit klar, och hennes sångröst har ej lidit något men. Utvändigt å halsen har ingen frambuktning förmärkts. Hennes allmänna befinnande har varit godt, och hon har ej magrat.

För tre veckor sedan ådrog hon sig en starkare förkylning och blef därvid betydligt hes. För att få hjälp därför besökte hon medicinska polikliniken den 1 dec. Vid där företagen laryngoskopisk undersökning, då tungan var starkt framdragen och dess bakre del samtidigt nedpressad med en munspatel, erfor pat. vid införande af spegeln en kraftig kräkningsrörelse, hvarvid en större polypartad bildning framkom och hängde ut genom munnen i vänstra mungipan (se bild 1). Pat. skickades af prof. HENSCHEN genast till kirurgiska kliniken. Vid här företagen undersökning befans den nämnda polypen medelst en nästan lillfingertjock pedunkel vara fästad på gränsen emellan pharynx och oesophagus å vänster sida. Från inre organ finnes ingenting att anmärka. Medelst en grof silkestråd anlades ungefär 1 cm. från fästet en kirurgisk knut omkring pedunkeln, och 0,5 cm. distalt därifrån amputerades polypen med en galvanokaustisk slynga. Silkesligaturen lemnades lång och fästes utanpå kinden. Prof. HENSCHEN var närvarande och assisterade. Det exstirperade preparatet (se bild 2) utgöres af en 9 cm. lång, utefter längdaxeln något böjd, tämligen jämntjock och gurkliknande tumör. Dess färg är i allmänhet blekt rosa med

någon dragning i gult; här och där, i synnerhet på de framskjutna ojämnheterna mera lifligt röd. För känseln mjuk, elastisk och öfver hela sin yta fluktuerande. I dess mellersta partier är ytan ojämn; dessa ojämnheter orsakas af flere fritt framspringande, vid pass brunbönestora, rundade partier. Vid insnitt visar sig polypens väfnad vara till största delen sammansatt af mot hvarandra loberade, rundade väfnadspartier af ärtors storlek och skilda af kärlförande bindväfsstråk. Dessa rundade väfnadslober äro dels svafvelgula och af fettlikt utseende, dels i snittet mera grågelatinösa och torrare. Pat. utskrefs 4/12. På kallelse infann hon sig efter ett år (dec. 1898) och berättade, att silkesligaturen lossnat efter tre dygn eller 7/12 1897, och att hon under hela året varit frisk. Särskildt hade hon icke haft något obehag från halsen. Vid laryngoskopisk undersökning kunde man ej se, hvar polypen suttit; ej häller kunde man uppfatta detta med känseln.

Preparatet sändes till patologiska institutionen för mikroskopisk undersökning. *Diagnosen* blef *fibroma*, tämligen kärlrikt med insprängda fettväfspartier.

Långt efter sedan detta var skrifvet, fann jag i Arbeiten aus der Chirurgischen Universitätsklinik Dorpat, herausgegeben von WILHELM KOCH, hft. I, Leipzig 1896, en särdeles fullständig monografi af P. R. MINSKI »Zur Entwicklungsgeschichte und Klinik der Polypen und Polypenähnlichen Gewächse des Rachens und der Speiseröhre», 75 sidor med 16 afbildningar, där äfven den äldre literaturen finnes samlad, och till hvilken det är mig ett stort nöje att hänvisa läsaren.

Stockholm 1900. Kungl. Boktryckeriet.



Bild 1. Margareta Sundell, 51 år. B. 1897. N:r 579. Den ur munnen uthängande oesophaguspolypen hålles upplyftad af en hand.

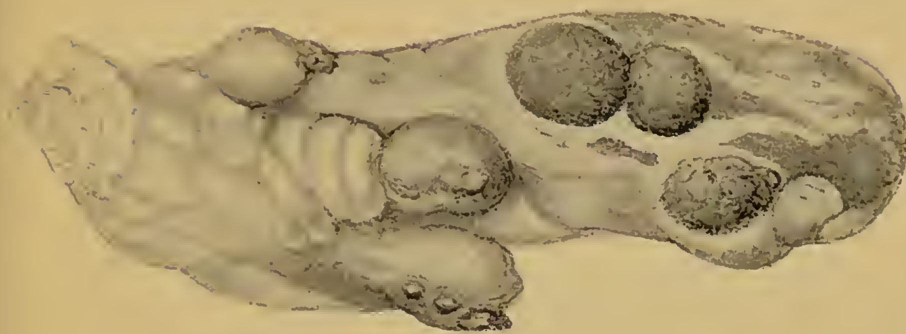


Bild 2. Polyp, utgången på gränsen mellan pharynx och oesophagus å vänstra sidan. Exstirperad d. 2/12 1897.

3, I.

K. G. LENNANDER: **Cas de dilatation congénitale et d'hypertrophie de la flexure sigmoïde chez un enfant** (maladie de Hirschsprung?).

Albin L., 4 ans. Admis à la clinique chirurgicale d'Upsal $^1/_5$ 1895, sorti $^{30}/_{10}$ de la même année.

A la naissance, le malade était très petit et fort maigre, mais son ventre, très dilaté, offrait une largeur considérable aux deux flancs, ce qui donnait à l'enfant une certaine apparence de »grosse grenouille». Tout le ventre était bleu, avec veines tendues, presque noires. Pendant les deux premières années de sa vie, il ne paraissait pas être en état de retenir ses déjections. Il était continuellement mouillé d'évacuations délayées d'un jaune clair. Vint ensuite une période de constipation pendant laquelle des lavements et l'huile de ricin étaient à peine capables d'amener des évacuations. Après cela, nouvelles diarrhées intermittentes. Il arriva parfois, en 1894, qu'après de grandes doses d'huile de ricin, l'enfant avait, durant une semaine entière, des évacuations liquides continues et fétides, durant lesquelles le ventre s'abaissait. On entendait fréquemment des clapotages intenses. De plus, forts gargouillements dans le ventre. La sortie de flatuosités avait toujours été aboudante, et ne paraissait pas rencontrer d'obstacles. On n'a par contre jamais entendu d'éructations.

La fig. 1 montre l'apparence de l'enfant en mai 1895, avant l'opération.

$^1/_5$—$^{18}/_5$ 1895. Pas de douleurs ni de sensibilité, jamais de vomissements. La distance entre le processus ensiforme et la symphyse est de 26 cm. (taille de l'enfant 92 cm.). La partie inférieure du thorax se dilate rapidement, de sorte que la périphérie du ventre présente déjà son maximum à 8 cm. au-dessus du nombril. Un réseau à grosses mailles de petites veines cutanées s'accuse nettement dans les couvertures du ventre. Le mouvement des intestins est fréquemment visible, surtout antérieurement entre les deux lignes mamillaires. On y peut voir des intestins dilatés à la largeur de 7 à 15 cm. remonter et descendre par ondulations entre le processus ensiforme et la symphyse.

$^{11}/_5$—$^{18}/_5$ 1895. Il est fait chaque jour des injections d'eau par le rectum, le premier jour à la dose de 400, puis à celle de 1,400 cm.^{3} par fois. Ces injections ne provoquent pas de besoin d'évacuation, mais quand au bout d'un instant on met l'enfant sur un vase de nuit, l'eau sort peu à peu, entraînant avec elle une quantité de fèces à consistance très compacte, de l'épaisseur de l'index et tordues; la couleur comme antérieurement. Après les injections d'eau, il est difficile de

provoquer, par la percussion, le son sourd d'intestins remplis d'eau. Rien d'anormal au rectum.

Au bout de quelque temps d'observation, je crus pouvoir exclure la tuberculose péritonéale, c.-à-d. le diagnostic pour lequel l'enfant avait été envoyé à la clinique, et conclure que l'enfant souffrait d'un vice congénital de conformation, consistant, selon toute probabilité, en la dilatation d'une partie du gros intestin, avec rétrécissement relatif plus bas. Espérant pouvoir venir au secours de l'enfant par une anastomose intestinale, je procédai, le $^{19}/_{5}$ 1895, à la

Laparotomie.

Incision au-dessus du m. rectus de droite. On rencontre immédiatement une *flexure sigmoïde* colossale, de couleur grise, et ressemblant fort à un ventricule, en ce que la séreuse est totalement lisse, sans haustra, et la paroi très épaisse et compacte au toucher. Autour de la flexure se présentent un certain nombre de membranes minces et blanches, les produits d'une péritonite chronique. Au mésosigmoïde se voit, à l'endroit où il est le plus mince, une ouverture par laquelle l'intestin grêle avait passé, quoique sans présenter de signe de strangulation. Ce trou fut réuni par une suture courante de catgut. Un aide introduisit un doigt par le rectum jusque dans la partie inférieure de la flexure sigmoïde, tandis que je palpais simultanément la surface séreuse des parties intestinales correspondantes. Nulle part on ne sentit d'obstacles ni de formation de valvules. Les glandes lymphatiques du mésosigmoïde étaient modérément enflées, mais nulle part d'ailleurs on ne rencontra de glandes tuméfiées dans le ventre. Tout le reste du gros intestin paraissait aussi être l'objet d'un accroissement anormal de largeur mais insignifiante comparativement à celle de la flexion sigmoïde. Les intestins grêles paraissaient complètement normaux. Rien à signaler au surplus. L'incision ventrale fut recousue par trois rangées de sutures profondes de catgut dans le péritoine, dans la musculature et dans la gaîne antérieure du rectus, et enfin par une suture de silkwormgut dans la peau.

Il devint évident, pendant le cours de l'opération, qu'il était impossible d'expliquer cette dilatation et cet épaississement étranges de la paroi intestinale de la flexure sigmoïde par un obstacle mécanique, et l'on admit comme probable que la cause la plus rapprochée en était un manque d'innervation ayant provoqué la dilatation de cette partie de l'intestin.

Il me parut, pendant l'opération, qu'aucune autre intervention chirurgicale que l'exstirpation de la totalité de la flexure n'avait des chances d'offrir une utilité réelle; or, une pareille exstirpation me semblait à peine exécutable au point de vue technique, vu que la dilatation et l'épaississement de la paroi intestinale comprenaient aussi toute la racine de la flexure. Je résolus par cette raison de m'arrêter à une laparatomie explorative, et de passer ensuite à un traitement ayant pour but de vider la flexure et de provoquer la contraction de sa musculature.

Guérison par première intention.

1/9 1895. Je commence par un traitement électrique, — courant faradique, — de la flexure sigmoïde une fois par jour. Un litre de solution physiologique de sel commun est injecté par le rectum. L'un des électrodes est ensuite introduit par l'anus sur une longueur d'environs 25 cm. Friction légère avec le second électrode à la partie antérieure du ventre. Le courant est aussi fort que le malade le peut supporter. On voit alors l'intestin se contracter et l'on entend un bruit de clapotage interrompu, produit par les mouvements du contenu de l'intestin. La séance dure 10 minutes, puis on met l'enfant sur un vase de nuit, et l'eau et les fèces sortent.

Grâce à ce traitement, qui fut poursuivi pendant près de 3 ans, le corps du petit malade se développa à peu près comme celui d'un enfant normal. Au bout de ce temps, l'enfant ne put plus rester à l'hospice enfantin où il avait été soigné jusqu'alors, et fut confié à une mère adoptive qui ne lui a pas donné de traitement.

La figure 2 montre l'apparence de l'enfant en septembre 1898. — En septembre 1899, la circonférence de l'enfant était, au plan ombilical, de 61,5 cm., soit de 4,5 (5,5) centimètres de plus qu'il y a un an. D'après les renseignements fournis par la mère adoptive, il a, pendant toute l'année dernière, eu des évacuations régulières sans l'aide de laxatifs ni de lavements.

3, II.

K. G. LENNANDER: **Cas de polype de l'oesophage (pharynx).**

Marguerite S., 51 ans, blanchisseuse, d'Upsal, 1897, N:o 579 B. Admise $^{1}/_{12}$, sortie $^{4}/_{12}$.

Pendant environ 2 ans, la malade avait senti dans l'œsophage une tumeur qui, avec des accès de toux et des vomissements, remontait quelque peu dans le cou, mais jamais jusqu'à la cavité buccale, pour glisser de nouveau plus bas à la déglutition. Il lui est impossible de dire si ce corps a augmenté. Elle ne souffre pas, à proprement parler, de difficultés à avaler. Toutefois, dans ces tout derniers temps, la prise de nourriture solide s'est faite lentement, quoique sans douleurs. Ni toux ni embarras respiratoires. Aucun enrouement jusqu'à ce moment-ci, après un refroidissement contracté il y a trois semaines. Le $^{1}/_{12}$ elle visita, dans le but de se délivrer de cet enrouement, la policlinique médicale d'Upsal. A l'examen laryngoscopique, la langue fortement tirée en avant, avec sa partie inférieure simultanément comprimée en bas à l'aide d'une patelle buccale, la malade ressentit, à l'introduction du miroir, une forte crise de vomissement pendant laquelle une grande formation polypoïde fut poussée hors de la bouche, au côté gauche (Planche 1). La malade fut alors immédiatement envoyée par Monsieur le professeur HENSCHEN à la clinique chirurgicale. L'exploration faite dans cette clinique amena la constatation que le polype mentionné était attaché, par un pédoncule de l'épaisseur du petit doigt, à l'union du pharynx et de l'œsophage au côté gauche. A l'aide d'un gros fil de soie, il fut fait, à 1 cm. environ du point d'attache, un nœud chirurgical autour du pédoncule, et à 0,5 cm. à peu près de ce point, le polype fut amputé par le moyen d'un nœud coulant galvanique. La ligature de soie fut laissée dans toute sa longueur et fixée en dehors de la joue.

La masse extirpée (voir la fig. 2) se composait d'une tumeur longue de 9 cm., légèrement ployée le long de son axe longitudinal, d'une épaisseur assez égale, et simulant la forme d'un concombre. La couleur en était en général d'un rose pâle tirant quelque peu sur le jaune, et çà et là d'un rouge plus vif, principalement aux irrégularités saillantes. Molle au toucher, élastique et fluctuant sur toute sa surface. Celle des parties moyennes est irrégulière. Ces irrégularités sont dues à plusieurs saillies sphériques à peu près de la grosseur d'une fève. L'incision fait voir que le tissu du polype est en majeur partie composé de particules de tissu arrondies, lobées entre elles, de la grosseur de pois, et séparées par des stries

vasculaires du tissu connectif. Ces lobes arrondis sont ou d'un jaune de soufre et d'une apparence adipeuse, ou plus secs et plus gélatineux, à la coupe.

La malade sortit le $^{4}/_{12}$. La ligature se détacha le $^{7}/_{12}$. Un an plus tard, la malade fut examinée. Elle jouissait alors d'une parfaite santé, et il était impossible de découvrir d'où le polype avait tiré son origine.

A l'institution anatomique-pathologique, le polype reçut le diagnostic suivant: fibrome assez riche en vaisseaux, avec imprégnations de parties de tissu adipeux.
